



LISTA DE CONTROL DE EVALUACION DE LA VISTA

NOTA PARA EVALUADORES Y PADRES DE FAMILIA:

Se desarrolló esta evaluación para usar con infantes, párvulos, y niños chiquitos que no pueden participar en la evaluación de la agudeza.

Cuando un niño puede emparejar, escoger, identificar, o nombrar un dibujo o símbolo que es el mismo que el que el evaluador le está mostrando al niño, una de las evaluaciones formales de agudeza diseñada para los aprendices tempranos se le debe dar como suplemento a esta evaluación de lista de control.

NOMBRE DE NIÑO: _____	Agencia Evaluadora: _____
Fecha de Nacimiento de Niño: _____	Edad cronológica (edad en el momento de la evaluación): _____
Edad ajustado (para los niños que nacieron prematuros que ya son menores de dos años, quite # de semanas de premadurez de la edad cronológica): _____	
Persona(s) llenando la lista de control: 1. (padre/persona que cuida) _____	
2. _____	3. _____
<i>(Favor de escribir su rol en el equipo de su hijo o su agencia después de su nombre)</i>	
FECHA DE LLENAR LISTA DE CONTROL: _____	
NOTA PARA EVALUADOR : Evaluaciones completas con indicadores marcados requieren una copia familiar para compartir con el proveedor de cuidado de salud.	

Ha ido el niño con un doctor de la vista (oftalmólogo, M.D., o optometrista) ? SI NO

Si sí, ponga NOMBRE DE DOCTOR aquí: _____

DIRECCION o TELE-FONO DE DOCTOR: _____

INFORMACION ADICIONAL DE LA VISTA (diagnóstico, lentes u otro tratamiento, seguimiento programado o anticipado) :

<p>FACTORES DE RIESGO PARA PERDIDA DE VISTA Estos son detalles familiares o médicos que tienen una alta incidencia de pérdida de vista en infantes y párvulos</p> <p><input type="checkbox"/> Historia familiar de condiciones de ojo <u>además de el uso de lentes o cataratas relacionadas a la edad?</u> ENLISTE Condición familiar de ojo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Meningitis or encefalitis</p> <p><input type="checkbox"/> Historia materna de infección durante embarazo (CMV, toxoplasmosis, rubéola, STD)</p> <p><input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro de 36 semanas o menos NUMERO DE SEMANAS: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Exposición a oxígeno más de 24 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Episodio de trauma a cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno de ataques</p> <p><input type="checkbox"/> Peso de nacimiento menos de 3 libras (1300 gramas) PESO DE NACIMIENTO: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cuestiones neurológicas</p> <p><input type="checkbox"/> Exposición significativa a alcohol o drogas incluyendo drogas de receta</p> <p><input type="checkbox"/> Una inquietud de padre/persona que cuida acerca de la manera en la que el niño usa la vista. ENLISTE INQUIETUDES: _____</p>	<p>SEÑALES DE COMPORTAMIENTO QUE PUEDEN INDICAR PERDIDA DE VISTA Estas son las maneras conocidas en las que los niños jóvenes se portan cuando están experimentando alguna dificultad en usar la vista</p> <p><input type="checkbox"/> Inclina o voltea la cabeza a un lado cuando mira (niño mayor de 6 meses.)</p> <p><input type="checkbox"/> No se fija en las personas u objetos cuando están colocados en ciertos lugares</p> <p><input type="checkbox"/> Responde a juguetes solo cuando hay un sonido acompañante (niño es mayor que 6 meses.)</p> <p><input type="checkbox"/> Mueve mano u objeto de acá para allá en frente de los ojos (niño es mayor que 12 meses.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ojos hacen movimientos rápidos y constantes o parecen tener un movimiento temblando (nistagmus)</p> <p><input type="checkbox"/> Bizquea, frunce el ceño o cuando mira los objetos</p> <p><input type="checkbox"/> Habitualmente alcanza demás o menos que debe (niño es mayor que 6 meses.)</p> <p><input type="checkbox"/> No puede ver un juguete que se había caído (niño es mayor que 6 meses)</p> <p><input type="checkbox"/> Se le acerca los objetos a un ojo en vez de usar los dos ojos para mirar</p> <p><input type="checkbox"/> Tapa o cierra un ojo frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Los ojos parecen meterse para adentro, afuera, o abajo (niño es mayor que 6 meses)</p> <p><input type="checkbox"/> Coloca un objeto dentro de unos pocos centímetros de los ojos para mirar (niño es mayor que 12 meses.)</p> <p><input type="checkbox"/> Tropieza con banquetas o pisos (niño es mayor que 18 meses.)</p> <p><input type="checkbox"/> Empuja la cabeza para adelante y atrás cuando mira a objetos</p> <p><input type="checkbox"/> Se golpea los ojos, se mece, mira fijadamente a luces deslumbrantes frecuentemente</p>
<p>Proxima Pagina</p>	

Página 2 Continuada

***Note:** Si su hijo ha identificado **FACTORES DE RIESGO**, pregunte al proveedor de cuidado de salud cómo los factores de riesgo pueden afectar a la vista de su hijo.

***Note:** Si su hijo ha identificado **SEÑALES DE COMPORTAMIENTO**, envíe una copia de la lista de control llenada al proveedor de cuidado de salud de su hijo y pida hablar de enviarle a su hijo a un doctor de la vista infantil.

No se marcó ninguna indicación. No se indica más atención a la vista en este momento.

Un factor o más de riesgo se ha identificado. Copia a la familia para la discusión de factores de riesgo con el proveedor de cuidado de salud familiar.

Una o más señales de comportamiento se ha identificado. Copia a la familia para que el proveedor de cuidado de salud familiar revise para una referencia de sistema de cuidado de salud a un doctor de la vista infantil.

Una evaluación de lista de control es una indicación general. No todos los niños con una palomita tendrán un problema de la vista.

Algunos niños sin una palomita todavía tendrán un problema de la vista que no fue suficientemente constante para presentarse cuando se llenó la lista de control. Si su hijo empieza a mostrar señales del uso malo de la vista o si hay un cambio significativo de la vista, comuníquese con el proveedor de cuidado de salud de su hijo.